

Name, Vorname

Datum

Seit wann haben Sie Schlafstörungen:

---

Bitte beschreiben Sie kurz, was Sie verändern möchten:

---

---

---

Auf einer Skala von 1 bis 10, wenn 10 der höchste Wert ist, wo platzieren Sie Ihre Schlafstörung aktuell:

---

Bitte beenden Sie den Satz: Meine Schlafqualität fühlt sich an wie...

---

---

---

---

Wie viel Zeit geben Sie sich, um die ersten Veränderungen Ihrer Schlafqualität zu erfahren:

---



Was ändert sich für Sie, wenn Sie an mehr Schlafqualität gewinnen?

---

---

---

---

Nehmen Sie Medikamente?

---

---

---

---

Vermuten Sie einen Auslöser für Ihren schlechten Schlaf?

---

Was ist ein gutes Ergebnis unserer Zusammenarbeit:

---

---

Besonderheiten, die für Sie wichtig sind und die Sie mir unbedingt mitteilen möchten:

---

---

